

## ПРИЧИНЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ ГЕСТОЗАХ БЕРЕМЕННЫХ

*Киселева Н.И.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Гестоз является одним из тяжелых осложнений беременности и родов, приводящим к неблагоприятным исходам для матери и плода. Обуславливая длительную хроническую гипоксию плода, задержку внутриутробного развития, эта патология является тем фоном, на котором легко возникают антенатальная гибель плода, а также такие состояния новорожденных, которые требуют проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии в родильном блоке. Перинатальная смертность при этом осложнении беременности составляет от 18 до 30 ‰ [1,2,3].

Задачей настоящей работы было выяснить структуру и причины перинатальной смертности при гестозах беременных. С этой целью мы провели анализ перинатальных потерь, связанных с гестозом, в учреждении здравоохранения «Витебский городской клинический родильный дом № 2» за период с 1995 по 2004 год. Ретроспективно оценено 47 историй родов и 47 историй развития новорожденных, закончившихся случаями перинатальной смертности. Были использованы следующие методы исследования: выкопировка данных первичной медицинской документации (истории родов, истории развития новорожденного), анализ учетной и отчетной документации учреждения, статистическая обработка полученного материала методами вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ «Statistika 6,0».

В результате проведенных исследований установлено, что за период с 1995 по 2004 год в учреждении здравоохранения «Витебский городской клинический родильный дом № 2» погибли в перинатальном периоде 47 плодов и новорожденных, матери которых имели осложненное гестозом течение беременности. Оценивая клиническое течение заболевания, установлено, что гестоз легкой степени тяжести имел место у 26 (55,32%), средней степени тяжести – у 13 (27,66%), тяжелой степени – у 8 (17,02%) беременных. Классическая триада Цангемейстера отмечена у 19 (40,43%) беременных, у 28 (59,57%) пациенток наблюдались бисимптомные гестозы, при которых наиболее частым сочетанием симптомов являлись гипертензия и протеинурия.

Средний срок возникновения гестоза составил  $32,34 \pm 4,05$  недели, длительность течения –  $2,23 \pm 1,18$  недели.

Перинатальная смертность составила при данном осложнении беременности 19,34‰ (без учета маловесных – 15,70‰), мертворождаемость – 11,11% (без учета маловесных – 9,48‰), ранняя неонатальная смертность – 8,32‰ (без учета маловесных – 6,26‰).

По срокам родов, завершившихся перинатальной смертностью, женщины анализируемой группы распределились следующим образом: в срок 28-30 недель завершилось 27,66% беременностей, 31-34 недели – 12,77%, 35-37 недель – 17,02%, 38-41 неделя – 42,55%. Это свидетельствует о том, что 42,55% случаев перинатальной смертности приходилось на своевременные роды. Следовательно, доля недоношенных в показателе перинатальной смертности была 57,45%, доношенных – 42,55%. В показателе ранней неонатальной смертности недоношенные новорожденные составляли 70,0%, доношенные – 30,0%; среди мертворожденных – 48,15% и 51,85% соответственно (антенатально погибших – 55,0% и 45,0%, интранатально погибших – 28,57% и 71,25% соответственно).

Основными причинами перинатальной смертности явились: внутриматочная асфиксия – 24 случая (51,07%), врожденная пневмония – 7 случаев (14,89%), синдром респираторных расстройств – 7 случаев (14,89%), врожденные пороки развития – 5 случаев (10,64%), внутриутробная инфекция – 4 случая (8,51%). Развитие внутриматочной гипоксии и асфиксии является следствием плацентарной недостаточности, обусловленной по данным гистологического исследования инволютивно-дистрофическими и циркуляторными процессами в плаценте, воспалительными изменениями в виде базального децидуита, амниохорионита, реже интервиллусита и виллусита, а также преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

В структуре мертворождаемости доминирующую роль играли антенатальные потери: доля антенатально погибших детей составляла 74,07%, интранатально – 25,93%. Более низкий уровень интранатальной мертворождаемости обусловлен использованием методов контроля за состоянием плода до родов и во время родов, а также увеличением частоты кесарева сечения, выполняемого не только по показаниям со стороны матери, но и по показаниям со стороны плода. Следует отметить, что из 20 женщин с антенатально погибшими плодами у 9 (45,0%) внутриутробная гибель плода наступила на догоспитальном уровне. Высокий процент среди мертворожденных доношенных плодов объясняется тем, что 5 (35,71%) из 14 погибли до поступления в родильный дом, 2 (14,29%) – в результате преждевременной отслойки

нормально расположенной плаценты, 1 (7,14%) – вследствие врожденного порока развития.

Основной причиной мертворождения явилась внутриматочная гипоксия и асфиксия в родах (24 случая – 88,89%), второй по значимости причиной – врожденные пороки развития, не совместимые с жизнью (2 случая – 7,41%), третьей – внутриутробная инфекция (1 случай – 3,70%).

Основными причинами ранней неонатальной смертности явились: синдром дыхательных расстройств (7 случаев – 35,0%), внутриутробная пневмония (7 случаев – 35,0%), внутриутробная инфекция (3 случая – 15,0%) и врожденные пороки развития (3 случая – 15,0%). Представляет интерес анализ причин ранней неонатальной смертности в зависимости от времени смерти. В первые 3 суток умерло 50,0% среди всех новорожденных, погибших в раннем неонатальном периоде. Основными причинами ранней неонатальной смертности, обусловившими гибель новорожденных в первые 3 суток явились врожденная пневмония и врожденные пороки развития. Новорожденные, причиной смерти которых послужил синдром дыхательных расстройств, умирали относительно равномерно в течение первой недели жизни: в течение первых 3 суток погибло 15,0%, в 4-7 сутки – 20,0%. Дети, причиной смерти которых явилась внутриутробная инфекция, погибли все в 4-7 сутки.

Таким образом, при гестозе беременных отмечается высокий показатель перинатальной смертности. В структуре перинатальной смертности 57,45% составляют недоношенные дети, что связано с досрочным родоразрешением беременных женщин ввиду тяжести состояния или осложнения гестоза. Основной причиной гибели плодов и новорожденных у матерей с гестозами является внутриматочная гипоксия и асфиксия, обусловленная развитием при этом осложнении беременности фетоплацентарной недостаточности. Следовательно, своевременная диагностика, профилактика и лечение гестоза является резервом для снижения перинатальной смертности.

Литература:

1. Диагностика, профилактика и лечение гестозов: Методические рекомендации / Харкевич О.Н., Канус И.И., Буянова А.Н., Малевич Ю.К. – Минск, 2001. – 32 с.
2. Репродуктивные потери (клинические и медико-социальные аспекты) / В.Н.Серов, Г.М.Бурдули, О.Г.Фролова и соавт. – «Триада – Х», М., 1997. – 188 с.
3. Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза: Методические рекомендации / Савельева Г.М., Кулаков В.И., Серов В.И. и др. – Москва, 1997. – 27 с.